

大学病院における終末期がんでの死亡退院患者の在宅医療導入の現状と課題

著者名	小高 桂子, 近藤 侑鈴, 横田 小百合, 竹下 信啓, 川上 和之, 林 和彦
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	88
号	3
ページ	81-89
発行年	2018-06-25
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032058

原 著

大学病院における終末期がんでの死亡退院患者の在宅医療導入の現状と課題

¹東京女子医科大学化学療法・緩和ケア科²東京女子医科大学医学部麻酔科学教室コダカ ケイコ コンドウ ユウリン ヨコタ サ ユ リ
小高 桂子^{1,2}・近藤 侑鈴¹・横田小百合¹
タケシタ ノブヒロ カワカミ カズユキ ハヤシ カズヒコ
竹下 信啓¹・川上 和之¹・林 和彦¹

(受理 平成30年3月9日)

Current Status and Issues of Home Palliative Care Introduction
in Department of Chemotherapy and Palliative CareKeiko KODAKA^{1,2}, Yuurin KONDO¹, Sayuri YOKOTA¹,
Nobuhiro TAKESHITA¹, Kazuyuki KAWAKAMI¹ and Kazuhiko HAYASHI¹¹Department of Chemotherapy and Palliative Care, Tokyo Women's Medical University²Department of Anesthesiology, School of Medicine, Tokyo Women's Medical University

Our philosophy is to conduct chemotherapy for patients with advanced cancers as safely as possible and to carry out palliative care in parallel. To further promote home palliative care as a medical policy in Japan, we examined how extensively this policy was introduced among terminal patients discharged from our hospital department in the past year. We reviewed the records of deceased discharged patients for one year from Nov. 2015 to Oct. 2016. The total number of hospitalizations was 353, and the number of hospitalized patients was 173. Among all hospitalized cancer patients, 33 patients left hospital mortality, of which 25 were hospitalized urgently. Overall, only 27 % received home palliative care. We were not able to confirm the place of death desired by many of these discharged terminal patients. Therefore, we recommend that terminal cancer patients and their families decide in advance where and when home palliative care should start to maintain high quality of life until the end of life.

Key Words: home palliative care, dead discharge patient, advance care planning

緒 言

近年は、化学療法や分子標的治療、さらにはがん免疫療法などの著しい進歩により、従来に比べ進行がん患者の予後は延長しつつある。さらに支持療法の進歩からも、外来化学療法を長期にわたり継続できる症例が増えている。しかしながら、日本における高齢化を反映し、がん患者は依然として増加の一途をたどっており、現在の死亡原因の第一位である¹⁾。今後も重点対策の対象であることに変わりはない

く、喫緊の課題である。また、我が国の今後の社会保障政策の中心をなす地域包括ケアにおいて、在宅医療は非常に重要な位置を占める構成要素である。特に近年は、在宅看取りに必要な要素に関する研究²⁾や、患者自身が自宅退院の意向を持ちながら実現できなかった要因の分析³⁾など、人生の終末においても個人の尊厳を保てるような研究が行われている⁴⁾。我が国としても、在宅医療の提供体制を構築するための法整備によって、大都市圏のような一部の地域で

✉: 小高桂子 〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1 東京女子医科大学化学療法・緩和ケア科

E-mail: keiko.k@happy.email.ne.jp

doi: 10.24488/jtwmu.88.3_81

Copyright © 2018 Society of Tokyo Women's Medical University

は一定の成果がみられている⁵⁾⁶⁾。そのような中、東京女子医科大学病院化学療法・緩和ケア科(当科)は、がん対策推進基本計画に記載されている、「がんを診断されたときからの緩和ケア¹⁾」を提供しつつ在宅医療を推進することを理念⁷⁾とし、切除不能あるいは再発がんに対する化学療法を行うと同時に、緩和ケアを早期から積極的に提供することを目標としている。

当科への入院患者は、主として他科および他院から紹介される治療困難例の化学療法の導入、施行した化学療法症例の有害事象の治療、化学療法レジメン変更、そして全身状態の悪化に対する症状緩和や在宅移行調整など、非常に多岐にわたる。特に、対象患者のほぼ全員が根治不能な進行がん患者であるため、大学病院ではあるが、看取りを目的とした入院を行っているのも当科の特徴である。しかしながら、特に終末期に近づいた患者およびその家族に対して、当科の理念に基づいた医療を提供できていたかに関して、具体的な検討を行ったことはなかった。そこで、当科において過去1年間に入院した患者のうち、死亡退院となった患者の入院前後の状況、家庭環境、特に地域包括ケアの大事な柱である在宅医療状況に着目し、現状の把握を行ったうえで、今後に向けての課題を抽出し検討を行った。

対象および方法

2015年11月1日より2016年10月31日までの1年間の当科入院患者を対象とし、診療録および社会

支援部記録から後方視的に調査し、死亡退院となった患者の背景因子を分析し、現状の把握を行った。調査項目としては、年代、性別、疾患名、罹病期間、入院形態、主症状、入院日数、在宅医療導入の有無、在宅医療導入より死亡までの日数、Best supportive care (以下BSC) から死亡までの日数、最終化学療法から死亡までの日数、社会支援部介入の有無、介入場所、在宅医療開始から死亡までの日数、同居家族、患者の希望する看取り場所、家族の希望する看取り場所を調査した。分析方法としては、Wilcoxonの符号付順位検定を用い、 $p=0.05$ 未満を有意差ありとした。入院形態は、受診予約の有無にかかわらず外来受診日と同一日に入院した場合を緊急入院、外来受診日以外に入院した場合を予定入院とし、訪問看護、訪問診療を受けていた場合を在宅医療と定義した。最終化学療法日に関しては、静脈投与のみの場合は最終投与日、内服薬の場合は最終内服日を、最終日とした。通院時間は、患者居宅より最寄り駅から公共機関を利用して、大学病院の合理的な最寄り駅までの所要時間をインターネットサイトで検索して算出した。なお、本臨床研究は、学内倫理委員会により平成29年5月6日に承認(承認番号4357)を受けた。

結 果

1. 入院全患者背景

1年間の全入院回数は353回で、入院患者の実数は173名であった。患者の属性をTable 1に示す。全入院患者、そのうちの死亡退院患者とも平均年齢は65歳で男性が多い傾向にあった。がん種は、Table 2に示すように、全入院患者および死亡退院患者とも消化器系が主であった。

全入院のうち、予定入院が235回(67%)、緊急入院が118回(33%)であった。入院目的は、化学療法が203回、化学療法有害事象治療が27回、原疾患増悪に対する症状緩和が101回であった。予定入院

Table 1 Patients profile

	All patients	Death discharge
Age	65 ± 11	65 ± 12
Men	112	25
Women	61	8
Total	173	33

(mean ± SD)

Table 2 Cancer type of patients

Cancer type	All patients	Death discharge
Small intestine Colon, Rectum	81 (47)	12 (36)
Stomach	20 (12)	6 (18)
Pancreas	28 (16)	5 (15)
Lung	14 (8)	5 (15)
Esophagus	5 (3)	0
Other	25 (14)	5 (15)
Total	173	33

n (%)

Table 3 Purpose of hospitalization (353 times)

	Scheduled	Emergency	Total
Chemotherapy	201 (85%)	2	203
Adverse event	1	26	27
Exacerbation of original disease	15 (7%)	86	101
Treatment, Inspection	15 (7%)	3	18
Others	3	1	4
Total	235	118	353

Table 4 Time to attend hospital

Minutes	Number (%)
～ 30	37 (21)
31 ～ 60	86 (50)
61 ～	50 (29)
	173

の 85 %が化学療法目的であったが、原疾患の増悪も 7 %に認められた。また、緊急入院は、有害事象による全身状態不良を含めると、そのほとんどの事由が全身状態悪化による入院であった (Table 3)。また、セカンドオピニオンや紹介受診としての初診時に、すでに全身状態が著しく不良で、そのまま緊急入院となった患者も 3 名あった。

また、通院に必要な所要時間は、30 分以内が 37 名、30 分から 60 分以内が 86 名、60 分以上が 50 名であり、約 30 %の患者において通院に 60 分以上要していた (Table 4)。

2. 死亡退院患者の背景詳細

1 年間の全入院回数は 353 回で、入院患者の実数は 173 名でありそのうち、死亡退院患者は 33 名であった。死亡退院患者のプロフィールを示す (Table 5)。死亡退院患者のがん種は、大腸・小腸がん 12 名、胃がん 6 名、膵がん、肺がん各 5 名であり、全入院患者数と死亡退院数との割合における比較では、大腸がん患者が少なく、胃がん、肺がんが多い傾向にあった (Table 2)。

1) 死亡退院患者の入院理由・入院形態

死亡退院患者の入院理由を Table 5 と Table 6 に示す。原疾患の増悪が 25 名 (76 %)、化学療法の有害事象が 4 名、化学療法目的、看取り目的がそれぞれ 2 名であった。

死亡退院患者の入院形態は、緊急入院が 25 名、予定入院が 5 名、院内転科が 3 名であり、緊急入院が 76 %を占めていた。緊急入院患者 25 名のうち、全身

状態の増悪が 19 名、化学療法の有害事象が 4 名、初診時の全身状態不良が 2 名であり、25 名中 8 名が救急搬送であった。全身状態の増悪により入院となった患者の中で、化学療法継続中の患者は 8 名であったが、そのうち在宅医療が導入されていた患者は 1 名のみであった。また、予定入院患者は 5 名であったが、最初から看取り目的は 1 名で、ほかは治療ないし精査目的で入院した際にすでに全身状態が不良であった。転科患者は 3 名で、そのうち看取り目的が 1 名、治療目的が 2 名であった。死亡退院患者のうち、入院以前に化学療法を終了ないしは休止している患者は 33 名中 15 名であり、入院後に化学療法中止の判断を行い、BSC となった患者は 8 名であった。その他、化学療法自体を行っていなかった患者は 5 名、診療録上、BSC 移行日を確認できなかった患者は 5 名存在した (Table 5)。

2) 死亡退院患者と在宅医療

死亡退院患者 33 名のうち、在宅医療を導入されていた患者は 9 名で、全員が全身状態の悪化に伴う入院であり、導入率としては 27 %であった (Table 5)。

また、在宅医療導入中の 9 名の患者において、関連病院よりの紹介予定入院 1 名を除いた 8 名すべてが緊急入院であった。

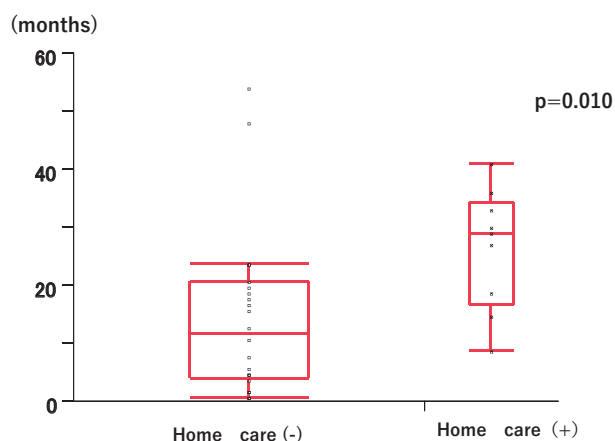
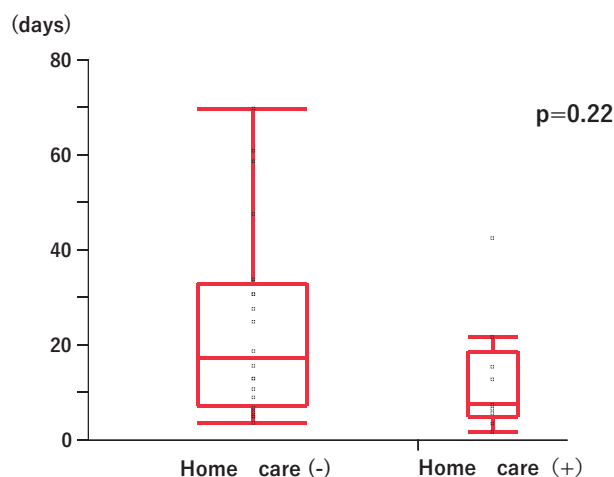
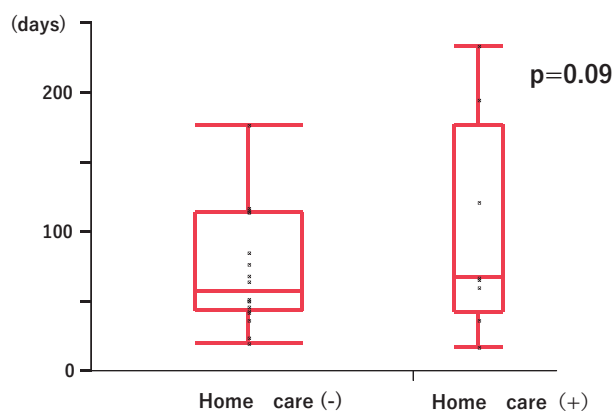
在宅医療導入期間は、紹介入院で導入期間不明の患者 1 名を除いた 8 名では中央値 36 (四分位範囲 6-170) 日間であったが、3 名が 10 日以内であった。罹病期間は導入患者、非導入患者でそれぞれ中央値 29 (四分位範囲 17-34.5) か月、12 (4.3-20.8) か月であり、在宅医療導入患者で有意に長かった ($p=0.010$) (Fig. 1)。さらに、最終化学療法より死亡までの期間を在宅医療導入の有無で比較すると、それぞれ中央値 69.5 (四分位範囲 45.8-179.5) 日、40 (25.5-97) 日であり、統計学的有意差は認められなかったが在宅医療患者のほうが長い傾向にあった (Fig. 2)。また、入院から死亡までの入院期間は、それぞれ中央値 8 (四分位範囲 5-19) 日、16.5 (6.3-33.3) 日であり、在

Table 5 Death discharge patients' profile

Case No.	Age	Site of primary cancer	Disease duration (months)	Hospitalization form	Main symptom	Hospital stay (days)	Home care	Days from home care introduction to death	Hospital visit or hospitalization after starting home care	Days from BSC until death	Days from last chemotherapy until death	Chemotherapy after starting home care
1	60s	stomach	9	emergency	Intestinal obstruction	7	yes	46	no	53	69	no
2	70s	small intestine	19	emergency	Abdominal bloating	22	yes	25	yes	198	198	no
3	60s	pancreas	29	emergency (transportion)	Dyspnea	6	yes	10	no	unknown	63	no
4	30s	colon	36	emergency (transportion)	Dyspnea	16	yes	124	yes	27	70	yes
5	40s	stomach	27	emergency	Dyspnea	4	yes	7	no	39	40	no
6	60s	colon	15	emergency	Dellirium	43	yes	62	no	121	124	no
7	80s	rectum	30	emergency	Pain	2	yes	6	no	6	20	no
8	70s	colon	41	emergency (transportion)	Half paralysis	13	yes	170	no	178	237	no
9	80s	lung	33	plan	Pain	8	yes	unknown	no	100	no chemotherapy	no
10	60s	other	17	emergency (transportion)	Consciousness disorder	13	no			unknown	28	
11	60s	lung	18	emergency (transportion)	Consciousness disorder	6	no			unknown	159	
12	30s	colon	24	emergency	Intestinal obstruction	48	no			83	99	
13	50s	small intestine	6	emergency	Nausea, vomit Disseminated intravascular coagulation	5	no			7	34	
14	70s	other	2	emergency	Cachexia	25	no			11	no chemotherapy	
15	50s	rectum	24	emergency	Pain	28	no			32	46	
16	80s	lung	41	emergency	General fatigue	31	no			23	51	
17	60s	colon	54	emergency	Abdominal bloating	16	no			21	32	
18	60s	colon	13	emergency	Fever	70	no			50	59	
19	50s	other	24	emergency	Declining consciousness level	4	no			unknown	radiation	
20	70s	pancreas	16	emergency	Pain	7	no			83	97	
21	50s	other	20	emergency	General fatigue	13	no			37	radiation	
22	60s	lung	48	emergency	Nausea, vomit	34	no			14	33	
23	50s	stomach	1	plan	Disseminated intravascular coagulation	11	no			none	no chemotherapy	
24	40s	stomach	1	plan	Disseminated intravascular coagulation	5	no			none	no chemotherapy	
25	60s	colon	2	plan	Chemotherapy	31	no			20	26	
26	60s	rectum	21	plan	Palliative care	61	no			67	67	
27	60s	pancreas	1	change a category	Dellirium	9	no			none	no chemotherapy	
28	60s	other	19	change a category	Palliative care	19	no			19	19	
29	70s	lung	5	change a category	Chemotherapy, bone metastasis, paraplegia	59	no			8	98	
30	70s	stomach	5	emergency (transportion)	Adverse events due to chemotherapy Acute renal failure	97	no			unknown	97	
31	70s	stomach	5	emergency (transportion)	Adverse events due to chemotherapy Acute renal failure Febrile neutropenia	2	no			unknown	2	
32	50s	pancreas	8	emergency (transportion)	Adverse events due to chemotherapy nausea, vomit Febrile neutropenia	2	no			unknown	6	
33	70s	pancreas	11	emergency	Adverse events due to chemotherapy neutropenia	17	no			3	24	

Table 6 Death discharge patients for hospitalization reasons

Hospitalization reasons	Scheduled	Emergency	Change category	Total
Adverse event	0	4	0	4
Exacerbation of original disease	5	19	0	24
Treatment, Inspection	0	1	2	3
Others	0	1	1	2
Total	5	25	3	33

**Fig. 1** Duration of disease**Fig. 3** Hospital stay**Fig. 2** Days from last chemotherapy until death

在宅医療導入患者のほうが短い傾向にあった (Fig. 3).

3) 死亡退院患者の家族構成, および患者と家族の希望する死亡場所 (Table 7)

死亡退院患者 33 名の同居家族構成は, 配偶者のみが 18 名, 配偶者および子と同居が 5 名, 独居が 5 名, 両親が 1 名, 兄弟 1 名, 診療録上確認不能であった患者も 3 名存在した。

死亡場所に対する患者の希望は, 診療録上確認できた範囲で, 病院が 9 名, ホスピスが 3 名, 自宅が 3 名の計 15 名であり, 最終的な意思確認ができてい

ない患者が 18 名であった。在宅医療導入患者 9 名のうち, 3 名の意思確認ができていた。病院希望の患者の中には, 自宅で過ごしたい気持ちはあるが, 家族に迷惑がかかるので病院を希望する, と考えていた患者が 4 名含まれた。また, 患者家族の希望は, 病院が 19 組, ホスピスが 4 組, 自宅が 1 組, 協議中で未決定が 1 組, 意思確認を行えていない患者家族が 8 組であった。

4) 死亡退院患者と社会支援部介入 (Table 7)

また, 今回死亡退院となった患者 33 名のうち, 主に医療社会資源の活用に関して当院社会支援部の介入が行われた症例は 16 名であり, そのうち 8 名が在宅導入されていた。外来通院中に介入となった患者は 2 名で他は入院中の介入であった。介入により, ホスピスに転院調整中であったが, 全身状態の悪化で当院死亡となった患者は 4 名, 継続入院を希望した患者ないし家族が 3 名, 方針が決まらないまま急死となった患者が 1 名であった。

考 察

現在, 2 人に 1 人が, がんに罹患し, 3 人に 1 人が, がんで死亡するといわれており, 今や我が国の死亡原因の第 1 位である。高齢者の罹患率が高いことを

Table 7 Patient's and family's thoughts on the place of death

Case No.	Age	Home care	Social support intervention place	Days from the start of intervention from death	Family living together	Desired death place (patient)	Desired death place (family)
1	60s	yes	hospitalization	52	spouse	hospital	hospital
2	70s	yes	hospitalization	301	spouse	hospital	hospital
3	60s	yes	hospitalization	44	spouse, child	reservedly	hospital
4	30s	yes	hospitalization	127	parents	can not confirm	hospital
5	40s	yes	hospitalization	51	spouse (daytime work)	can not confirm	hospital
6	60s	yes	hospitalization	64	spouse (old age)	can not confirm	hospital
7	80s	yes	hospitalization	21	spouse (old age)	can not confirm	hospital
8	70s	yes	hospitalization	174	spouse (old age)	can not confirm	hospital
9	80s	yes	unknown	unknown	spouse (in hospital)	can not confirm	hospital
10	60s	no	outpatient	12	unknown	can not confirm	hospice
11	60s	no	outpatient	114	spouse, child	can not confirm	hospital
12	30s	no	hospitalization	45	alone	hospice	hospice
13	50s	no	hospitalization	8	spouse, child	hospice	hospice
14	70s	no	hospitalization	10	alone	son's home	hospital
15	50s	no	hospitalization	32	spouse, child	hospital	hospital
16	80s	no	hospitalization	24	spouse	hospice	hospice
17	60s	no		no	spouse	can not confirm	hospital
18	60s	no		no	spouse	hospital	hospital
19	50s	no		no	spouse	hospital	hospital
20	70s	no		no	unknown	can not confirm	unknown
21	50s	no		no	spouse	can not confirm	hospital
22	60s	no		no	spouse	can not confirm	hospital
23	50s	no	hospitalization	2	spouse (daytime work)	reservedly	in talks
24	40s	no		no	spouse, child	can not confirm	unknown
25	60s	no		no	alone	reservedly	unknown
26	60s	no		no	spouse (daytime work)	reservedly	hospital
27	60s	no		no	alone	home	unknown
28	60s	no		no	alone	can not confirm	hospital
29	70s	no		no	spouse	home	home
30	70s	no		no	spouse	can not confirm	unknown
31	70s	no		no	sibling	can not confirm	unknown
32	50s	no		no	unknown	can not confirm	unknown
33	70s	no		no	spouse	can not confirm	unknown

考慮すると、今後ますます高齢化社会となる日本としては、がん対策は喫緊の課題となっている。近年は、がんの早期発見に向け、健診の啓発活動も行われており、さらに、近年の抗がん治療の進歩もあり全がん患者を対象とした5年生存率は上昇している一方で、いまだ切除不能・再発がん患者も多く存在する⁸⁾。当科では大学病院として難度の高い抗がん治療を行っているが、このような切除不能・再発がんの治療は、症状緩和と延命が主たる目的であり、積極的抗がん治療を終了する時期に関しては、慎重さが求められる。当科は、その掲げる理念に基づき、早期からの緩和ケアを実践しつつ、患者により良い医療を提供すべく日々診療を行っている。近年の化学療法の進歩により、化学療法は、症状緩和につながり、がん患者の quality of life (QOL) をあげるこ

とも多い。

しかしながら、当科の入院患者の入院形態を確認すると、緊急入院率が全体の33%を占めていた。その理由として、根治不能進行がん患者は、潜在的に体調不良の患者が多いためと思われる、化学療法の副作用とも相まって外来通院治療を継続しながらの体調管理の困難さを伺わせた。当科は、それゆえ、全身状態不良での緊急入院率が高く、各入院診療科のなかでも死亡退院患者の割合が多いと推察されるが、実際にA大学病院の今回の調査期間と同期間のべ入院数は24,392名であり、そのうちの死亡退院数は433名(1.8%)、当科はのべ入院数353回のなかで33名(9.3%)であることから、死亡退院の割合が多いことが確認できた(A大学病院院内HP)。このような状況下で、当科において過去1年間に入院し

た患者のうち、当科が患者の特性上、緩和ケアを早期から行っていることの一つの目安として、死亡退院となった患者の死亡前後の状況、そのなかでも特に患者の終末期のQOLを維持できていたかについての一つの指標としての在宅医療導入状況に関して、現状の把握を行ったうえで、今後に向けての課題を抽出し検討を行った。

その結果、死亡退院患者33名のうち、9名の患者で在宅医療を導入されていた。まず、在宅医療導入患者とそうでない患者における罹病期間は、導入患者で有意に長く(Fig. 1)、この理由として、今回の在宅医療導入患者のがん種として、永崎ら⁹⁾の報告にもあるように、比較的経過の長い大腸・小腸がんが半数近い4名であったことがあげられる。しかし、最終化学療法より死亡までの期間は、在宅医療導入患者で長い傾向にあったが、今回有意差が得られなかった(Fig. 2)。その理由として、対象患者が9名と患者数が少なかったことも影響を与えた可能性があるが、導入期間が10日以内の患者が3名含まれていたことから、当科においての化学療法の終了のタイミングが遅かった可能性も考えられた。Temelら¹⁰⁾によると、早期より緩和ケアを並行して行うことにより、生命予後が延長することが確認されており、また、越智ら¹¹⁾によると、在宅医療を導入しつつ、がん治療医の受診を継続し、日常生活における全身状態の管理がよりの確に行っていた患者は、最期の時を迎えるまでより長く自宅で過ごせることが報告されている。今回の検討からは、通院を行いながらも早期より社会支援部の介入を受け、在宅医療を受けた患者が2名存在した。1名は、原疾患に対する化学療法として確立された薬剤が少なく、症状緩和通院が主となったが、1名は在宅医療を導入しながらも化学療法の継続が行えた。伊賀瀬ら¹²⁾によると、在宅医療導入から死亡までの期間は62.5日と報告されているが、今回の検討では導入期間は中央値で36日と短期間であり、在宅医との信頼関係を築き、在宅療養が安定した環境に整うには至らず、入院死亡となった可能性もある。

当科は、大学病院であるために、困難な症例を受け入れ加療を行っているが故に生じる問題点として、日々より進歩する最新の化学療法を行うことで、治療期間が長期にわたる傾向にあることと、遠方からの通院患者が多いという点があげられる。このため、患者が外来担当医に関わる期間が長くなり、強い信頼関係が築かれるようになる傾向にある。また、

化学療法の施行原則が、Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance States (以下PS) 2以下であるために、外来通院可能であることでPSを2以下と判断する傾向にある。当科は、人的要因から、がん治療医と緩和ケア医が同一となっているため、通院日以外の日常生活をどのように過ごしているかについてまでは、短い診察時間では十分に把握しきれない可能性も高い。Muirら¹³⁾は、がん治療医と緩和ケア医が協働する場合には、緩和ケア医の存在によりがん治療医が、治療に注力し、より多くの患者を診察することが可能になる、としている。人的余裕があれば、当院でもがん治療医と緩和ケア医が同時並行で診療を行うことにより、よりよいQOLで治療が行えるのではないと思われる。

また、約30%の患者は1時間以上の通院時間を要していた。この理由として、当科が大学病院であり、地域医療機関では治療困難な患者を多く受け入れている結果を反映した可能性がある。しかしながら、進行がんの化学療法中の発熱や倦怠感・脱水などの有害事象での緊急受診においても、患者が長距離の来院を余儀なくされていることを考慮すると、遠方からの通院患者の場合には、あらかじめ在宅医やかかりつけ医との併診体制を取って、日常から全身状態のチェックを行い、緊急時には速やかに対応できるようにしていく必要があると思われた¹⁴⁾¹⁵⁾。

以上の点から、大学病院である当科において、進行がんの難易度の高い化学療法を行っている場合には、特に一般病院での在宅医療導入時期と比較してより早い時期に併診体制をとる必要があると考える。今回の検討の結果、当科における死亡退院患者の多数が、がん治療のための受診を継続し、全身状態の悪化のため緊急入院となり、経過の中で化学療法を中止し、全身状態が悪化し死亡となった状況が浮かび上がってきた。病状が悪化傾向になってからの在宅医療の提案は、患者や家族の希望に沿った療養方法、死亡場所に関しての意思決定支援を行う機会を持つことが非常に困難である。

実際に今回の結果から、診療録上最期の場所をどこで迎えたいかに関して、患者自身への意思確認は半数に至らず、家族にも意思確認を行っていない例も少なからず存在した。また、最期の場所に対する患者の希望は、病院・ホスピスが12名、自宅が3名、最終的な意思確認ができていない患者が18名であり、患者家族の希望は、病院・ホスピスが23名を占め、自宅が1名と非常に少なかった。また、最終

的な意思確認ができていない患者家族が8名であったが、ほとんどが急激な全身状態の悪化により、話し合いの機会がなかったためと思われた。さらに、在宅医療が導入されていた患者でさえ、自宅で最期を迎えたいという意思確認ができた患者は1名にとどまった。家族が希望する死亡場所としては、在宅医療が導入されていてもほとんどの家族が病院をあげていた。

この理由を考察すると、終末期まで大学病院で治療を受けていた患者および家族が、通いながれた病院で、長く治療を担当していた主治医のもとで最期を迎えたいとの思い¹⁵⁾や、主治医から離れる不安があるのではないかと推察されること、通院に要する時間が60分未満の比較的近隣からの患者の看取り先として、大学病院ではあるが入院受け入れを行っていることが考えられた。また、家庭環境に目を向けると、今回死亡退院となった患者の同居家族は、16名が配偶者のみ、独居が5名と介護力が高いとはいえない環境の方が2/3であり、これが在宅医療導入や在宅死亡を困難にしている可能性が考えられた。一方、厚生労働省の調査結果からも、希望する療養場所や死亡する場所は変化することが示されており、療養は自宅で行いたい、看取りは病院ないしはホスピスと考えている患者が多い¹⁶⁾、という結果と、今回の研究の結果も同様の傾向が見られた。これには、日本人特有の死生観・家族観が関与しており、人生の最期にあたり、自身のことより家族に負担をかけたくないという考えに基づいており¹⁷⁾¹⁸⁾、現状では必ずしも在宅死が最もよい看取り場所といえるものではない。結果として、最終的な看取り場所が自宅でなかったとしても、一時的に退院して自宅で過ごした期間があることで、患者の満足度が上がることは示されており、患者の意思を大切にすることの意義はあると考える¹⁹⁾。いずれにしても今回の検討からは、外来での治療継続中に患者、および家族に意思決定支援を行った機会は、ほぼ持てていなかった事実が確認された。

当科の患者における治療は、あくまでも延命治療の一環である。Murrayら²⁰⁾の報告にもあるように、がんのillness trajectoryを考慮したときに、死亡約2か月前に急激なPSの低下がみられる。この時期をがん治療担当医が見極め、それより以前に今後の方向性を決める相談をする必要がある。終末期の患者においては、全身状態が比較的良くても、化学療法により生活の質を落とす可能性も示唆されてお

り²¹⁾、また、死期の迫った終末期の患者に化学療法を行っても予後を改善しない報告もあることから²²⁾、化学療法の継続・中断の時期には慎重な判断が求められる。

また、今回の検討では、社会支援部に紹介しながらも在宅移行がかなわなかった患者のうち、在宅医療調整を行っていた患者が在宅医療非導入患者25名のうち6名存在したことから、導入に適切な時期を逃してしまった可能性もある。今回の結果を踏まえ、患者および家族の終末期のQOLを維持するためには、早期に社会支援部が関わることで患者の状況を確認し、患者および家族の気持ちの余裕があるときに在宅医療への情報提供、在宅医療が可能であるかどうかの判断、在宅医との早期連携体制の構築、療養先や最期の場所の決定などの意思決定支援を複数回行うように取り組んでいくことなどが重要と思われる²³⁾。もちろん、在宅医療を導入したとしても、家族の不安や負担など種々の理由で中断する場合も少なからず存在し、継続することは容易なことではない²⁴⁾。しかしながら、近年は、地域包括ケアシステムの充実度も増してきており、今回の検討結果で明らかになった介護力不足に対しても社会的リソースを用い、独居での看取りも可能となってきた地域もあるため、今後も在宅医療の推進に関しては積極的に取り組むべき課題であると考えられる。

以上のことから、延命治療としての化学療法を外来で主に行っている当科として、1年間に入院診療を行った患者173名のなかで死亡退院となった患者33名のうち、在宅医療導入中は9名にとどまり、調整中が6名であったこと、および在宅医療導入中の患者においても、ほとんどが緊急搬送を含めた緊急入院であり、人生の最期において、患者および家族の希望する看取り場所の確認や、死亡が近い時期の家族の心の準備に対する配慮が十分に行えていなかったことを考慮すると、質の高い在宅医療導入が適切に行えているとはいえない現状であった。今後は、外来化学療法通院中に、がん治療と並行する形で先に述べた意思決定支援の機会を持つようにし、現在より早期の段階から在宅医療導入を行うことで、患者およびその家族に対し質の高い終末期医療を提供することができると考えられた。

結 論

終末期がん患者に対し、人生の最期まで質の高い終末期医療を提供するためには、化学療法を含めた外来通院治療と並行して、在宅医療導入時期や希望

する看取り場所などの意思決定支援を、患者およびその家族に対して積極的に行う必要がある。

本論文の要旨は、第22回日本緩和医療学会学術大会(2017年6月23日、横浜)で発表した。

著者らは、本論文に関連する利益相反はない。

文 献

- 厚生労働省：がん対策推進基本計画（緩和ケア関連部分抜粋）。<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035g3x-att/2r98520000035ga7.pdf>（参照2018年3月）
- 長島 渉, 崎山奈津子, 鈴木大吾ほか：自宅退院の意向を持つがん入院患者の自宅退院を困難にする要因。Palliative Care Res 11 (4) : 282-288, 2016
- 大西奈保子：がん患者を在宅で看取った家族の覚悟を支えた要因。日看科会誌 35 : 225-234, 2015
- 川越正平：進行がん患者を看取りまで支える在宅医療。日外会誌 118 (5) : 551-555, 2017
- 厚生労働省：総論1地域包括ケアシステムと在宅医療。<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000151009.pdf>（参照2018年3月）
- 厚生労働省：第1回全国在宅医療会議参考資料在宅医療の現状。<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf>（参照2018年3月）
- 厚生労働省：第1回全国在宅医療会議参考資料在宅医療にかかる地域別データ集。<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000134262.pdf>（参照2018年3月）
- 国立がん研究センター：がん情報サービス 最新がん統計。https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html（参照2018年3月）
- 永崎栄次郎, 柵山年和, 林 和美ほか：当科におけるがん患者の在宅緩和ケア導入の現状。癌と化療 41 (Suppl I) : 63-65, 2014
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 363: 733-742, 2010
- 越智拓良, 中橋 恒, 坪田信三ほか：在宅緩和ケアと外来化学療法の併診体制の検討。Palliative Care Res 10 (1) : 922-925, 2015
- 伊賀瀬道也, 中村俊平, 越智雅之ほか：末期がん患者の在宅診療の取り組み—退院支援の標準化に関する研究—。日老医誌 44 (6) : 734-739, 2007
- Muir JC, Daly F, Davis MS et al: Integrating palliative care into the outpatient, private practice oncology setting. J Pain Symptom Manage 40 (1): 126-135, 2010
- 柵山年和, 相羽恵介, 井上大輔ほか：臨床腫瘍部における外来通院化学療法の現状と問題点。癌と化療 32 (Suppl I) : 4-8, 2005
- 中山晋哉, 渡辺 剛, 山極哲也ほか：在宅医療者の一つの役割である外来化学療法患者・家族への意思決定支援。癌と化療 41 (Suppl I) : 20-22, 2014
- 厚生労働省：1. がん対策について。<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001sp25-att/2r9852000001spdf.pdf>（参照2018年3月）
- 厚生労働省：人生の最終段階の医療における厚生労働省の取組。<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wgl/281027/shiryou1-1.pdf>（参照2018年3月）
- 冲永隆子：「安楽死」問題にみられる日本人の死生観—自己決定権をめぐる一考察。帝京大学短期大学紀要 24 : 69-95, 2004. <https://apps.v.main.teikyo-u.ac.jp/tosho/tokinaga24.pdf>（参照2018年3月）
- 関本 剛：ホスピス・緩和ケア病棟から自宅へ一時退院することについての患者・家族の体験と評価に関する研究。「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3)」(日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会編) pp145-151, (公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 大阪 (2016) https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/j-hope/J-HOPE3/J-HOPE3_3_17.pdf（参照2018年3月）
- Murray SA, Kendall M, Boyd K et al: Illness trajectories and palliative care. BMJ 330: 1007-1011, 2005
- Earle CC, Landrum MB, Souza JM et al: Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? J Clin Oncol 26: 3860-3866, 2008
- Saito AM, Landrum MB, Neville BA et al: The effect on survival of continuing chemotherapy to near death. BMC Palliative Care 10: 14, 2011. <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/10/14>
- Seow H, Barbera L, Sutradhar R et al: Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. J Clin Oncol 29 (9): 1151-1158, 2011
- 河瀬希代美, 稲村直子, 小貫恵里佳ほか：積極的治療終了後に在宅生活を中断したがん患者の家族が抱える困難。Palliative Care Res 12 (2) : 194-202, 2017